

LA PLEURITE TUBERCULEUSE PRIMITIVE DES BASES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 11 Mars 1920

PAR

Pierre BERGERET

MÉDECIN AIDE-MAJOR

Né le 24 janvier 1894 à Gray (H^{te}-Saône)



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
33-35, rue Rachais, 33-35

1920

LA
PLEURITE TUBERCULEUSE PRIMITIVE
DES BASES

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920 — N° 126

LA PLEURITE TUBERCULEUSE PRIMITIVE DES BASES

— • • • —
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 11 Mars 1920



PAR

Pierre BERGERET

MÉDECIN AIDE-MAJOR

Né le 24 janvier 1894 à Gray (H^{te}-Saône)



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
33-35, rue Rachais, 33-35

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. LÉPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	}	TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BÉRARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FABRE.
Clinique des maladies nerveuses et mentales		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes		LEPINE (J.).
Physique biologique, radiographie et physiothérapie		WEILL.
Chimie biologique		POLLOSSON (A.)
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		MOREAU.
Anatomie générale et Histologie		GUIART.
Physiologie		X...
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie et Thérapeutique générales		DOYON.
Anatomie pathologique		COLLET.
Médecine opératoire		MOURQUAND.
Médecine expérimentale et comparée		PAVIOT.
Médecine légale		POLLOSSON (M.).
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		ETIENNE MARTIN.
Pharmacologie		COURMONT.
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agréé.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	X...	—
Déontologie et Médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. BRETIN.	MM. SAVY.	MM. BONNAMOUR.
COMMANDEUR.	LERICHE.	FROMENT.	chargé des fonctions.
NEVEU-LEMAIRE.	THEVENOT (L.).	THEVENOT (L.).	SARVONAT.
LAROYENNE.	TAVERNIER.	PIERY.	chargé des fonctions.
VORON.	CADE.	COTTE.	FAVRE.
NOGIER.	GUILLEMARD.	DUROUX.	chargé des fonctions.
LATARJET.	GARIN.		GRAVIER.
			chargé des fonctions.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PIC, Président; M. PAVIOT, Assesseur;
MM. PIÉRY et ROUBIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE

DE MES

CAMARADES DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

MORTS POUR LA FRANCE

A MES MAÎTRES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE NANCY ET DE LYON

A mon Président de Thèse
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIÉRY
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES JUGES

M. le Professeur PIC nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse. Nous lui exprimons notre respectueuse gratitude.

Le sujet de ce travail nous a été inspiré par M. le Professeur agrégé PIÉRY.

Revenu à Lyon pour y terminer nos études après cinq années d'interruption, nous avons eu le bonheur de trouver auprès de lui un accueil plein de bienveillance, de précieux conseils et d'inoubliables leçons. Nous le prions de recevoir ici l'assurance de notre profonde reconnaissance.

Nous remercions également M. le Docteur Ch. ROUBIER, médecin des hôpitaux. Il a bien voulu nous communiquer ses observations personnelles qui nous ont été de la plus grande utilité.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

La fameuse loi de Louis : « Les altérations tuberculeuses se développent dans les poumons, du sommet à la base », a longtemps régi la séméiologie de la tuberculose pulmonaire.

Il y a cependant trente ans déjà que GRANCHER s'élevait contre ce dogme, reconnaissait l'existence des phénomènes de base, et faisait remarquer que dans les cas douteux, ils peuvent venir en aide au diagnostic et même le fixer. « Malheureusement, dit-il, à force de dire que la tuberculisation commence toujours par le sommet, on est arrivé à ne chercher des symptômes que dans cette étroite région ; et quand on soupçonne chez un malade un début de tuberculose, on explore soigneusement les parties supérieures de la poitrine, mais on ne va guère plus loin. Les médecins les plus soigneux, ceux qui se piquent d'examiner les malades avec toute la rigueur de la méthode classique, explorent les autres régions du poumon ; mais ils le font d'une oreille distraite, et ils ont d'ailleurs le parti bien arrêté, au cas où ils trouveraient quelques signes en dehors du sommet, d'y voir plutôt une raison contre le diagnostic de tuberculose. »

Depuis, la réaction a suivi la voie où GRANCHER l'engageait. Dans sa thèse inaugurale, KUSS montre la fréquence de la localisation à la base, surtout chez l'enfant.

L. BERNARD, RIST, vont même jusqu'à soutenir qu'elle est la règle; contrairement à la loi de LOUIS. RIBADEAU-DUMAS fait les mêmes constatations chez l'enfant, à l'autopsie et sous l'écran radioscopique.

Actuellement, la question semble jugée. Il est acquis que la tuberculose ne débute pas invariablement par le sommet, ni par une zone bien déterminée de parenchyme pulmonaire.

GRANCHER attribuait ces phénomènes de base « tantôt à une congestion, tantôt à une bronchite, tantôt à une *pleurésie sèche*, quelquefois à toutes ces causes réunies ». Or, c'est surtout la pathologie des plèvres basales, notamment depuis l'emploi des rayons X, qui a retenu l'attention des observateurs.

La pathologie du soldat, on l'a dit bien souvent, est proche parente de celle de l'enfant. En 1897, KELSCH et BOISSON étudient le diagnostic précoce des affections tuberculeuses du thorax par la radiographie, qui leur montre les tuméfactions ganglionnaires, les épaississements pleuraux, les anomalies de la mobilité du diaphragme. R. BERNARD, en 1901, décrit une forme de pleurésie sèche adhésive d'emblée au début de la tuberculose, à évolution insidieuse, et n'apparaissant bien que dans l'examen radioscopique. En 1902, SALLE peut découvrir, grâce aux rayons X, des signes révélateurs de lésions anciennes des organes respiratoires chez onze jeunes soldats sur cinquante récemment incorporés, qui n'avaient rien présenté d'anormal à l'auscultation, ni à la percussion. La même année, PIC (thèse de LOUIS), ainsi que NICLOT, étudient le diagnostic des adhérences pleurales.

Enfin dès 1905, notre maître, le professeur PIÉRY, peut publier dans les thèses de ses élèves JACQUES et MALMONTÉ, des observations qui le conduisent à isoler une forme nouvelle de tuberculose bénigne, la « pleurite à répétition », avec ses trois sièges d'élection : le sommet, les scissures et la base. La guerre devait confirmer ses vues et lui permettre, en 1916, de mettre en évidence la fréquence de cette forme nouvelle chez les évacués des armées.

★
★★

Car c'est véritablement la guerre, par le grand nombre de tuberculeux suspects ou avérés qu'elle a amenés aux centres de triage et fait défiler sous l'écran, qui a révélé la fréquence relative des processus pleuraux de la base, suivant les principes du diagnostic radiologique posés par WILLIAMS (1897), MILIAN (1897), BÉCLÈRE (1898), BOUCHARD et CLAUDE (1898), DESTOT (1903), BARJON. C'est elle qui a permis de mettre au point le diagnostic clinique de ces processus. En 1916, M. le professeur agrégé MOURQUAND a fixé la technique de l'examen du sinus costo-diaphragmatique en arrière, par l'auscultation et la percussion, dans le syndrome de l'extrême-base thoracique et les costo-diaphragmatites discrètes dans l'armée.

★
★★

Au poste de secours, et particulièrement pendant les longs séjours aux tranchées boueuses, quel est le médecin de régiment qui n'a été frappé de ce grand nombre de points de côté mal définis, qui n'étaient pas des névralgies intercostales, qui ne relevaient pas d'un zona latent, et que le terme de pleurodynie expliquait si mal ?

Nous aurons occasion d'étudier comment la question se rattache par plus d'un côté à celle des pleurites.

Pleurites du sommet et pleurites des scissures ont été particulièrement bien étudiées jusqu'ici. On s'est bien occupé aussi du syndrome adhérentiel de l'extrême-base, en tant qu'il succède à une affection pulmonaire ou pleurale caractérisée.

Mais, étant donnée la fréquence remarquable avec laquelle la guerre a révélé des symptômes radioscopiques des bases chez des sujets vierges de tout antécédent, nous nous demandons si l'on a accordé à la pleurite des bases toute l'importance qu'elle nous semble mériter.

En particulier, peut-on individualiser une « *pleurite tuberculeuse primitive des bases* ? » Quelle est sa fréquence ? Comment peut-on en faire le diagnostic ? Tel sera l'objet de ce travail, travail modeste, que des circonstances indépendantes de notre volonté ont rendu sous bien des rapports incomplet, mais où nous nous sommes efforcé de débayer le terrain pour les recherches ultérieures dont la question nous semble digne.

Nous envisageons cinq chapitres :

CHAPITRE PREMIER : *Définition*, où nous étudierons également la caractéristique anatomo-pathologique, l'étiologie et la pathogénie de l'affection.

CH. II : *Etude de nos observations*, qui nous servira à en établir la fréquence et les modalités.

CH. III : *Étude radioscopique*.

CH. IV : *Symptomatologie clinique*.

CH. V : *Evolution et diagnostic*.

CONCLUSIONS.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

La pleurite de la base est une réaction inflammatoire de la plèvre de la grande cavité dans son tiers inférieur, ne s'accompagnant pas d'épanchement.

§ 1. — Caractéristique anatomo-pathologique.

Au point de vue anatomo-pathologique, ce terme général de pleurite représente des formes variées :

a) Le simple dépoli de la surface séreuse, correspondant à l'altération inflammatoire et à la disparition de son endothélium ;

b) L'épaississement de l'un, puis des deux feuillets, par un processus de néo-formations conjonctivo-vasculaires, établissant de l'un à l'autre des adhérences, plus souvent lamelleuses et lâches que serrées ;

c) Enfin la symphyse pleurale, qui comble le sinus costo-diaphragmatique, puis, sur une hauteur variable, la grande cavité. La pleurite peut être adhésive d'emblée (R. BERNARD).

§ 2. — Etiologie.

Elle est très diverse. Y a-t-il des pleurites *saisonnnières*, dont l'évolution serait soumise aux influences climati-

ques, au froid en particulier ? Leur domaine, en tout cas, se restreint de plus en plus. Il en est de *traumatiques*, et la chirurgie de guerre a bien fait connaître ces pleurites, non fatalement symphysaires, consécutives à la plaie pénétrante de poitrine, à l'inclusion d'un projectile dans le parenchyme pulmonaire, voire à la simple contusion de la paroi. Il en est de symptomatiques d'une affection qui vient à frapper particulièrement les organes de l'étage supérieur de l'abdomen, hépatite amibienne, gros foie paludéen. Il en est enfin qui sont la trace pleurale d'une pneumonie franche, d'une broncho-pneumonie et en général des affections aiguës non bacillaires du lobe inférieur.

Mais il n'est pas douteux que, le plus fréquemment, c'est la tuberculose qui est en cause. Pleurite simple, adhérences ou symphyse, sont le reliquat habituel de la pleurésie séro-fibrineuse. Un grand nombre de pleurites des bases se remarquent au cours de bacillooses évolutives. Ce sont celles que nous pourrions appeler pleurites tuberculeuses secondaires. Elles sont, comme dit GRANCHER, l'épiphénomène obligé de toute phthisie commune.

De notre étude et de nos statistiques, nous éliminerons toutes ces pleurites pré ou post-pleurétiques, traumatiques, symptomatiques d'une affection banale ou tuberculeuse évolutive du poumon ou des organes voisins, en un mot, toutes les pleurites secondaires. Nous nous en tiendrons uniquement aux cas où la pleurite, à elle seule, remplit le tableau clinique, en dehors de tout antécédent bacillaire et de toute lésion pulmonaire concomitante, où elle est, si l'on peut dire, primitive.

§ 3. — Pathogénie.

Une restriction s'impose : cette pleurite, qui nous paraît prédominante par ses symptômes, est-elle véritablement primitive au point de vue anatomo-pathologique ? GRANCHER avait déjà démontré la participation de la plèvre viscérale à la structure du poulmon. « La plèvre viscérale n'intervient pas dans la formation des canaux respiratoires, mais elle joue un rôle important dans la constitution du stroma : tissu conjonctif, canaux sanguins et lymphatiques. Son existence d'abord, et par conséquent sa pathogénie, sont donc et resteront intimement liées au développement et à la pathologie du stroma pulmonaire. Entre eux n'existent pas seulement des rapports de connexité ou de contiguité, mais des rapports beaucoup plus étroits d'identité d'origine et de structure. »

Mais c'est TRIPIER qui, le premier, a nettement affirmé que la détermination des lésions pleurales réside dans une inflammation du parenchyme pulmonaire. Dans son étude anatomo-clinique sur les « adhérences symphysaires », il écrit : « Partout où existent des adhérences des plèvres, le tissu pulmonaire avoisinant offre des altérations inflammatoires anciennes ou récentes. Lorsque des brides scléreuses anciennes relient le poumon à la paroi, on peut s'assurer qu'à ce niveau le tissu pulmonaire offre toujours au moins quelques traces d'une sclérose ancienne. Et, lorsque les plèvres sont immédiatement fixées l'une à l'autre sur une certaine étendue, de manière à constituer la symphyse proprement dite, complète ou incomplète, on reconnaît qu'il existe dans les parties

correspondantes du poumon, le plus souvent avec des traces de sclérose ancienne, un processus inflammatoire en voie d'évolution. Celui-ci est caractérisé par une vascularisation augmentée sur toutes les parties affectées, et par la présence d'un exsudat en quantité variable dans les alvéoles pulmonaires, dans le tissu interalvéolaire, interlobulaire et surtout pleural... En somme, ce qui est dans tous les cas frappant, c'est la constance des lésions inflammatoires du poumon, là où existent des adhérences pleurales. On peut donc dire d'une manière générale que c'est l'inflammation du parenchyme pulmonaire qui, dans tous les cas, paraît jouer le rôle principal dans la détermination des lésions pleurales. »

Il est donc certain que dans le plus grand nombre de cas, ainsi que M. PIÉRY l'a montré au niveau des scissures, nous pourrions trouver, sous-jacent aux lésions de pleurite, un léger processus de pneumonie corticale (alvéolite au stade d'engouement). Ce processus pneumonique est-il contemporain de la poussée de pleurite, l'a-t-il précédée, ou bien enfin, postérieure en date, l'inflammation du parenchyme est-elle une complication de l'inflammation pleurale ? La question n'est pas toujours facile à résoudre en clinique. En individualisant la forme bien nette de la pleurite tuberculeuse à répétition avec ses trois sièges d'élection, sommet, scissures et base, M. PIÉRY a rattaché à la tuberculose inflammatoire de PONCET ces lésions pleuro-pulmonaires, surtout inflammatoires (pleurite simple, alvéolite diffuse), dépourvues des lésions typiques (tuberculose non folliculaire de LANDOUZY). La réaction pleurale serait donc concomitante d'une tuberculisation discrète du parenchyme pulmonaire.

Certes, nous n'avons pas la prétention de reprendre le problème si compliqué de la tuberculose primitivement pleurale. CALMETTE a pu relater des cas de tuberculose pleurale primitive chez de jeunes animaux infectés par voie digestive, sans qu'il y ait aucune autre lésion de l'organisme ; mais un fait presque constant dans l'histoire de la pleurite tuberculeuse primitive, c'est que nos sujets sont porteurs d'adénopathies hilaires, volumineuses et généralement crétacées. Ils ont plus de ganglions même que les bacillaires évolutifs. En outre, si SERGENT a montré dans la pleurite apicale la constance de l'adénopathie sus-claviculaire, il faut étendre cette donnée et savoir qu'il peut exister aussi de l'adénite cervicale et axillaire (voir nos observations). Il y a donc là un rapport non douteux. Tout se passe en définitive comme si la voie d'infection était la voie lymphatique.

D'ailleurs BÉRIEL, étudiant les scléroses discrètes sous-pleurales (nodules crayeux, cicatrices froncées, points blancs de la plèvre, etc.), qui sont en somme les vestiges de nodules « pneumoniques » corticaux sous-jacents aux lésions pleurales, a pu reconnaître l'existence de la tuberculose, non seulement dans les ganglions du hile, mais « dans ces ganglions qui correspondent à des territoires déterminés de substance pulmonaire et que l'on trouve seulement en faisant des incisions quelquefois assez profondes dans le tissu au niveau du pédicule ». D'autre part, DUFOURT a récemment décrit les pleurites et cortico-pleurites sous-mammaires au cours de l'adénopathie trachéo-bronchique, chez des enfants présentant par ailleurs « de légers phénomènes d'imprégnation tuberculeuse, anorexie, pâleur, amaigrissement, fébri-

« cule ou instabilité thermique, éréthisme cardiaque » et qui tous réagissaient à la tuberculine. « En résumé, écrit-il, les foyers sous-mammaires de pleurite et de congestion cortico-pleurale qui accompagnent l'adénopathie trachéo-bronchique nous semblent susceptibles de se rattacher, quant au mécanisme de leur production, à plusieurs pathogénies. L'hypothèse émise par FERNET est certainement plausible dans certains cas : elle paraît justifiée à coup sûr dans les réactions à distance de l'adénopathie médiastine non tuberculeuse et de certaines adénopathies tuberculeuses qui excitent les filets du pneumogastrique ou du sympathique. Dans d'autres cas, les foyers de crépitation sous-mammaire relèvent de l'extériorisation au niveau de l'extrémité inférieure de la grande scissure d'une fusée de pleurite interlobaire. Enfin, chez certains sujets où la fluxion corticale semble l'emporter nettement sur la symptomatologie purement pleurale, et où les phénomènes perçus offrent une réelle persistance, il sera prudent de suspecter quelque chose de plus. On admettra que quelques bacilles, échappés des ganglions ou d'un foyer pulmonaire latent, sont venus, suivant l'expression de SABOURIN, « faire l'école buissonnière » dans la partie du poumon qui avoisine la scissure. Ces bacilles créent en cet endroit une lésion, par elle-même de caractère torpide, et peu ou pas évolutive. Mais elle sert indéfiniment, particulièrement chez les neuro-arthritiques à système vaso-moteur chatouilleux, de point d'appel à des poussées congestives qui récidivent sur place, avec une déplorable ténacité ».

Ainsi donc, la pleurite tuberculeuse primitive des bases nous apparaît en somme comme une localisation aux bases de la pleurite tuberculeuse à répétition.

Nous possédons d'ailleurs plusieurs observations où la pleurite du sommet ou des scissures s'est propagée à la base, en conservant ses caractères propres.

Ainsi envisagée, elle entre dans le cadre des tuberculoses bénignes et jouit comme elles d'un pronostic relativement favorable.

Nous ne saurions passer sous silence la fréquence remarquable avec laquelle une pleurite de la base, soupçonnée cliniquement et étudiée sous l'écran, nous est apparue, accompagnant une sclérose discrète d'un sommet avec ou sans emphysème, une bronchite chronique superficielle, une tuberculose abortive, formes cliniques relativement bénignes.

Evidemment, nous n'avons aucun critérium pour fixer la nature tuberculeuse de cette affection. Nous ne pouvons que la soupçonner d'après l'étude des signes fonctionnels frappant l'état général du sujet (anoréxie, amaigrissement, fièvre et anémie), d'après la constatation sous l'écran de ganglions crétacés ou calcifiés (PIÉRY et JACQUES), et surtout d'après l'évolution ultérieure de la maladie. Il faudra enfin appliquer les procédés, spéciaux de recherches (intradermo-réaction, épreuve de la marche, etc.). L'attention étant éveillée vers la probabilité de cette spécificité, il faudra se souvenir que la gravité d'une telle lésion tuberculeuse va croissant avec chaque récurrence.

CHAPITRE II

ÉTUDE DE NOS OBSERVATIONS

§ 1. — Conditions d'observation et réserves à faire.

Nous avons cherché à nous rendre compte avec quelle fréquence la pleurite tuberculeuse primitive des bases se rencontre dans la pratique, quelle est sa fréquence relative par rapport aux autres pleurites de la base, du sommet ou des scissures, quelles sont les modalités qu'elle peut revêtir et enfin quel secours on doit attendre respectivement des méthodes cliniques et de l'examen radioscopique pour en établir le diagnostic.

Nos recherches ont porté sur les observations recueillies par M. le professeur PIÉRY dans deux centres de triage, l'un (que nous appellerons centre A) à l'hôpital militaire Villemanzy, l'autre (centre B) à Saint-Genis-Laval, pendant l'année 1919.

On sait comment est composée la clientèle de tels centres. La grosse majorité des soldats examinés sont des tuberculeux pulmonaires, suspects ou avérés. Mais on y rencontre aussi des tuberculoses chirurgicales (maux de Pott, ostéo-arthrites, orchio-épididymites, adénopathies, etc.), enfin des consultants tels que des dyspeptiques, des cardiaques (en particulier un grand nombre de tachycardies), des rénaux, etc., tous gens chez lesquels un examen au point de vue bacillose n'est pas superflu.

C'est à dessein que dans notre chiffre global nous avons compris de telles observations pour mieux nous mettre en face de la réalité des faits.

Il s'élève à 4.178, dont 3.400 du centre A et 778 du centre B.

Nous avons alors conservé toutes celles où le diagnostic « pleurite des bases » était purement et simplement posé, toutes celles où nous pouvions retrouver certains signes cliniques et radioscopiques que nous aurons à étudier et qui imposaient le même diagnostic, toutes celles enfin où il fallait interpréter un symptôme radioscopique existant isolément.

Nous ne nous faisons aucune illusion sur la valeur toute relative de notre méthode de travail. Nos constatations portent sur une série de malades chez qui la pleurite tuberculeuse primitive des bases n'a pas été systématiquement recherchée au moment où ils ont été examinés, chez qui par conséquent elle a dû forcément passer inaperçue dans un grand nombre de cas. Nous sommes donc persuadé que nos chiffres de résultats sont bien au-dessous de la réalité et nous essaierons de le prouver.

Quoi qu'il en soit, une statistique a toujours sa valeur intrinsèque. Quand une fois on est prévenu des conditions dans lesquelles elle a été établie, on sait ce qu'il faut y ajouter et en retrancher, et c'est déjà un précieux enseignement.



Dans le paragraphe suivant (§ 2), nous allons donner le schéma de quelques-unes, les plus typiques, de nos observations,

Dans un troisième paragraphe, nous étudierons la fréquence de la pleurite tuberculeuse primitive des bases :

- a) Sur le nombre total des malades observés.
- b) Par rapport aux pleurites secondaires.
- c) Par rapport aux pleurites primitives du sommet ou des scissures.

Dans le paragraphe 4, nous faisons une place à part aux pleurites des bases accompagnant une lésion non évolutive discrète du poumon.

Dans le paragraphe 5, nous considérons la pleurite tuberculeuse primitive au point de vue de sa localisation, de ses modalités et de ses complications.

Enfin, le paragraphe 6 sera consacré à la forme adhésive d'emblée.

§ 2. — Observations.

B. 62. Sar..., 13^e B. C. A.

Antécédents. — N'a jamais craché le sang. Pas de pleurésie antérieure.

Actuellement. — Tousse peu, ne crache pas. Sueurs nocturnes légères. Dyspnée d'effort. Ni tachycardie, ni arythmie. Points de côté variables.

Examen clinique. — Vibrations très diminuées dans la moitié inférieure du poumon gauche. Submatité à ce niveau, avec obscurité respiratoire. Rien au sommet. Pas d'autres signes.

Examen radioscopique. — N'a pas été pratiqué.

Diagnostic. — *Pleurite de la base gauche.*

B. 16. R... — Rien dans les antécédents.

Actuellement, point de côté au niveau des fausses côtes à gauche et dans la région lombaire. A la base gauche, obscurité respiratoire sur trois travers de doigts.

Examen radioscopique. — Le diaphragme a une mobilité sensiblement moyenne, mais le cul-de-sac costo-diaphragmatique gauche s'éclaire mal.

Diagnostic. — *Pleurite de la base gauche.*

B. 25. Bré..., 327^e R. I.

Bon état général, appétit conservé. Tension au Pachon 15/9. Se plaint d'un point de côté à droite.

Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Examen clinique. — On ne note qu'une diminution du murmure vésiculaire à la base droite.

Examen radioscopique. — Obscurité des deux sommets, surtout du gauche, qui ne s'éclaire pas par la toux. Le droit s'éclaire. Chaîne ganglionnaire assez foncée, surtout à droite.

Diagnostic. — Sclérose discrète des sommets (?) *Poussée de pleurite de la base gauche.*

B. 22. Cor... — Diagnostic : pleuro-corticalite bacillaire bilatérale, à tendances fibreuses. Pas de lésions ulcéreuses.

Examen radioscopique. — Diaphragme complètement immobile.

A. 1. Ina..., 1^{er} R. A. M.

Examen clinique. — Rien au poumon.

Diagnostic. — Fatigue générale chez un sujet présentant une albuminurie intermittente sans symptômes de néphrite et sans symptôme cardiaque appréciable.

Examen radioscopique. — Diminution de l'amplitude diaphragmatique à droite. Sommets clairs. Cœur de volume normal.

A. 224. Leg ..., 6^e R. I. C. Pas de pleurésie antérieure.

Obscurité respiratoire nette à la base droite.

Examen radioscopique. — Disparition des sinus costo

et cardio-diaphragmatique. Aplatissement de la coupole. Forte diminution de son jeu. Adhérences de la paroi latérale. Ombre diffuse floue au niveau de l'angle inféro-interne du champ pulmonaire droit.

Diagnostic. — *Symphyse de la base droite* confirmée radiologiquement.

A. 228. Hel... 84° R. A. L.

Diagnostic. — *Reliquats de pleurite* (celle-ci date d'août 1918). Ces reliquats sont très légers (diminution du murmure vésiculaire à la base droite). Bon état général.

Examen radioscopique. — Sommets normaux. Base gauche normale. La coupole diaphragmatique présente une déformation anguleuse de sa moitié droite avec adhérence au tiers interne.

A. 417. Duc... 5° R. I. C.

Diagnostic. — *Pleurite actuelle de la base gauche* avec quelques adhérences pleurales.

Examen radioscopique. — Grisaille du sinus costo-diaphragmatique gauche. Opacité du sinus costo-diaphragmatique droit avec mouvement atténué de la coupole diaphragmatique à droite.

A. 684. Pla... 6° R. I. C.

Diagnostic. — *Poussée de pleurite récidivante droite* avec quelques adhérences probables (point de côté, obscurité respiratoire).

A. 808. Fou...

Diagnostic. — *Pleurite probable du sommet gauche et de la base droite.*

Examen radioscopique. — Légère diminution de transparence du sommet gauche.

Diminution d'amplitude diaphragmatique du côté droit.

A. 2378. Ber ..., C. R.

Diagnostic. — Symphyse pleurale droite bacillaire. Pous-
sées de *pleurite récidivante de la base gauche*.

Examen radioscopique. — Le diaphragme joue de façon
très incomplète des deux côtés. Les sinus costaux s'ouvrent
mal. La coupole gauche se creuse à sa partie moyenne à
l'inspiration.

A. 3051. Jol ..., 85° R. A. L.

Diagnostic. — Points de côté de *pleurite probable de la
base droite*.

Anorexie, mauvais état général. Frottements-râles nets
à la base droite.

A. 3483. Rol ... (S. F.).

Diagnostic. — *Pleurite persistante des bases*. Dyspnée
d'effort.

Examen radioscopique. — Diminution de transparence
du tiers inférieur du lobe droit. Diaphragme : coupoles nor-
males à mouvements atténués. Pas d'adhérences visibles.

A. 3605. Col ..., 17° R. I.

Diagnostic. — *Pleurite de la base droite* (submatité, obs-
curité, frottements-râles).

A. 3735. Cas ..., 86° R. A. L.

Points de côté et dyspnée d'effort. Amaigrissement.

Adhérences pleurales disséminées au sommet et aux ba-
ses, suite probable de *pleurite récidivante*.

B. 12. Joa ..., 84° R. A. L.

Antécédents. — Pleurésie séro-fibrineuse à gauche.

Actuellement, état général bon. Toux assez fréquente,

sans quintes. Expectoration assez minime, un peu spumeuse. Pas de sueurs nocturnes. Points de côté fréquents. Maux de tête. Dyspnée d'effort.

Examen clinique. — Au poumon gauche, légère submatité au sommet, ainsi qu'à l'extrême base, avec persistance de l'amplitude des mouvements respiratoires et légère obscurité relative sur toute la hauteur.

Au poumon droit, en arrière, submatité nette au niveau de toute la base qui, toutefois, ne présente pas d'obscurité respiratoire, mais quelques bruissements inconstants.

Diagnostic. — *Symphyse pleurale gauche, suite de pleurésie avec épanchement. Poussée de pleurite avec adhérences pleurales de la base droite.* Pas d'évolution bacillaire pulmonaire.

Pas de bacilles de Koch. Albumino-réaction négative.

Examen radioscopique. — Voile considérable de tout l'hémithorax gauche. Voile au sommet droit. Les deux culs-de-sac ne s'éclairent pas dans l'inspiration. Diaphragme : mobilité très réduite.

P. 1. M. de B...

Diagnostic. — Nervosisme. *Pleurite des bases* avec adhérences probables de la base gauche douloureuse, avec réflexe tachycardique. Aérophagie probable concomitante.

Douleur localisée aux dernières fausses côtes gauches, augmentant dans la position inclinée à gauche et par les inspirations profondes.

En arrière, aux deux bases, submatité sur deux travers de doigt.

Quelques sous-crépitaux secs aux deux bases, avec obscurité notable à gauche.

P. 2. Ig...

Diagnostic. — Intoxication par gaz. *Adhérences pleurales à la base gauche* avec adénopathie trachéo-bronchique accusée,

Obscurité respiratoire et bruissements à la base gauche.

Examen radioscopique. — Ombres hilaires nummulaires extrêmement accusées avec taches noires.

Les trois observations suivantes nous ont été obligamment communiquées par M. le docteur ROUBIER :

R. 1352. Béc..., 167^e R. I. Cl. 1918. *Pleurite de la base gauche à résolution traînante.*

Entre au C. T. le 1^{er} février 1918.

Parents bien portants. Une sœur bien portante. Jamais de maladie antérieure. Se trouvait au bataillon d'instruction lorsqu'il y a trois semaines, il ressentit une douleur vague dans la région de la base gauche. S'est mis à tousser, aurait craché quelques filets de sang.

Se plaint de dyspnée d'effort, aurait un peu maigri.

Examen clinique. — Sujet un peu malingre, au thorax assez bien conformé. Dans toute la poitrine, on entend quelques sibilances. L'attention est attirée sur la base gauche, où on constate en arrière une légère diminution de la sonorité par rapport au côté droit. A l'auscultation, quelques petits râles très fins inspiratoires, éclatant par bouffées à la fin des inspirations; dans le quart inférieur du poumon gauche. Pas de signe d'épanchement. Rien de spécial en avant. Ampliation thoracique normale. Dans les crachats, pas de bacilles de Koch.

Examen radioscopique. — On constate une zone d'obscurité à la base gauche, s'abaissant avec les mouvements du diaphragme, limitée en haut par une courbe à convexité supérieure, mais se fondant insensiblement dans le champ pulmonaire avoisinant. Diminution de l'amplitude diaphragmatique très marquée à gauche. Réaction hilare à gauche. Sommets clairs.

12 février. — On trouve toujours à l'extrême base gauche un foyer de petits râles fins inspiratoires peu nombreux,

Dans le reste du poumon, quelques rûnchus. Tousse moins. La température (qui était de 38° à l'entrée) a à peu près disparu.

15 février. — Amélioration. Persistance à la base gauche d'obscurité respiratoire par rapport au côté opposé. Les râles inspiratoires sont beaucoup moins nombreux, ils ne se perçoivent que dans la région axillaire.

18 février. — Les râles fins de la base gauche ont à peu près disparu. Le malade ne tousse plus et se sent amélioré.

Deuxième examen radioscopique. — Le diaphragme à gauche est surmonté d'une ombre parallèle se déplaçant avec lui, comme s'il existait un double contour du diaphragme.

Le sinus costo-diaphragmatique est peu visible de ce côté.

23 février. — Les bruits fins ont complètement disparu, mais il persiste une diminution très nette du murmure à la base gauche, par comparaison avec le côté opposé. Le malade ne tousse plus, n'a pas de température, il a repris 1 kil. 500 depuis son entrée.

Part en convalescence de deux mois.

Diagnostic final. — Pleurite de la base gauche, à résolution traînante, actuellement guérie. Pas de symptômes de lésions bacillaires des sommets en évolution actuelle. Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

R. 1496. Rou..., sergent 35° R. I., 19 ans.

Entré le 12 mars 1918.

Père mort de maladie de foie. Mère bien portante. Un frère bien portant. Mobilisé en 1916. En janvier 1916, a eu une congestion pulmonaire droite avec un mois d'hôpital et deux mois de convalescence. Se plaint de fatigue générale et de points de côté fréquents, tantôt à droite, tantôt à gauche.

L'affection actuelle aurait débuté vers le 4 mars 1918 par

de la toux et un point de côté à la base gauche. Léger état subfébrile entre 37°5 et 38°.

Examen clinique. — Thorax bien conformé. Sonorité normale partout, petit-être un peu faible à la base gauche en arrière. Les vibrations sont conservées. Le murmure vésiculaire s'entend bien partout. Quelques sibilances. En outre, à la base gauche, petit foyer de petits râles fins sous-crépitants inspiratoires, qui ne se perçoivent guère qu'après une quinte de toux et s'entendent mieux dans la région axillaire. Pas de rétraction thoracique. Ampliation inspiratoire normale. Pas de gêne de la respiration nasale. Les pupilles sont égales.

A noter une nodosité douloureuse de la cuisse gauche, consécutive à une injection de collargol.

Examen radioscopique. — Faible amplitude diaphragmatique des deux côtés. Les deux champs pulmonaires sont un peu gris dans leur ensemble. La base gauche est moins transparente que la base droite. On aperçoit à peine le sinus costo-diaphragmatique gauche dans les très grandes inspirations.

Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Evacué le 25 mars 1918 (convalescence d'un mois). Guérison.

Diagnostic. — *Pleurite de la base gauche.*

R. 1835. Le Por... 350° R. I. Cl. 1916.

Entré le 18 juillet 1918.

Parents bien portants. Deux frères bien portants.

Célibataire. Ajourné en 1915 pour faiblesse de constitution. Incorporé en août 1916. Parti au front le 25 mars 1917.

Bronchite dans le jeune âge. Pas d'autres maladies antérieures. Evacué le 1^{er} mai 1917 pour blessure par éclat d'obus de l'avant-bras droit. N'a jamais été évacué pour maladie.

L'affection actuelle aurait débuté vers le 17 juin : ce jour-là il aurait reçu une injection anti-typhoïdique (deux ans auparavant il avait déjà eu quatre piqûres), le malade a alors présenté de la fièvre, s'est mis à tousser et à cracher, a eu un point de côté à la base gauche. Soigné d'abord à l'infirmerie, puis évacué le 18 juillet pour « bronchite suspecte, amaigrissement ».

Actuellement, tousse et crache beaucoup (expectoration muco-purulente). Essoufflement facile, ne transpire pas la nuit, assez bon appétit, a un peu maigri.

Examen clinique. — Thorax assez bien conformé. Pas de myo-œdème. Sonorité normale partout, peut-être un peu diminuée à la base gauche. Les signes physiques sont à peu près localisés à cette base. En arrière, dans le tiers inférieur, râles crépitants très fins, peu éclatants, surtout inspiratoires, mêlés à des râles de grosse bronchite, sans souffles. Le murmure s'entend bien au sommet, où il n'y a pas de râles. Pas de coryza, respiration nasale libre. Petits ganglions axillaires gauches. Pupilles égales. Rien au cœur. Pas de troubles digestifs.

Examen radioscopique. — A la base gauche, les contours du diaphragme manquent de netteté, le sinus costo-diaphragmatique s'ouvre à peine dans les grandes inspirations. Amplitude diaphragmatique très faible de ce côté. Les sommets sont clairs et s'éclairent bien à la toux.

23 juillet. — Les signes physiques persistent à la base gauche en arrière. A l'extrême base et dans la région axillaire, quelques crépitations inspiratoires très fines, surtout après la toux, et également quelques sibilances sans souffles. La température qui, à l'entrée, était entre 38° et 38°5 a beaucoup diminué.

24 juillet. — Vésicatoire à la base gauche.

29 juillet. — Amélioration notable. Plus de température. Le point de côté a disparu. La toux persiste avec une expectoration muco-purulente. A la base gauche, en ar-

rière, on note toujours une légère diminution de la sonorité, le murmure vésiculaire diminué d'intensité; les râles fins de l'extrême base ne se perçoivent plus; mais dans la région de la pointe de l'omoplate on entend quelques sous-crépitants inspiratoires très variables et, à cet endroit, l'expiration est un peu soufflante. Aucun signe spécial au sommet.

Une ponction exploratrice à l'extrême base gauche reste négative.

8 août. — Le malade n'a plus de température, il crache encore un peu.

Encore quelques râles de bronchite et diminution du murmure à la base gauche.

Deuxième examen radioscopique. — Diminution légère de transparence de la base gauche. Le sinus costo-diaphragmatique s'ouvre assez bien dans les inspirations. L'amplitude diaphragmatique est plus faible de ce côté. Les sommets sont égaux comme transparence.

12 août. — Le malade part en convalescence de deux mois.

Diagnostic final. — *Pleurite de la base gauche* à résolution traînante. Amélioration considérable des signes cliniques et radioscopiques.

Aucun symptôme de lésion bacillaire en évolution des sommets.

Fatigue générale.

Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

§ 3. — Fréquence.

A. — *Fréquence des pleurites des bases*
(*primitives + secondaires*), sur un total de 4.178 malades
d'un centre de triage.

Nous employons ici le terme « pleurite des bases » dans son sens le plus général, allant depuis la pleurite

primitive simple jusqu'aux symphyses totales secondaires aux lésions banales ou spécifiques du pöumon.

Nous en trouvons 522 sur 4.178, soit 12,5 % du chiffre total de malades observés.

Ces 522 pleurites de la base se décomposent ainsi :

1. Pleurites primitives	81
2. Pleurites secondaires :	
à une lésion tuberculeuse non évolutive discrète des sommets	127
à une lésion tuberculeuse évolutive des sommets . .	108
à une pleurésie séro-fébrineuse	74
à une plaie du pöumon, du thorax, hémothorax, etc. .	108
à une affection aiguë non tuberculeuse du pöumon. .	24
TOTAL des pleurites secondaires. . .	441

B. — *Fréquence de la pleurite primitive des bases.*

Le tableau ci-dessus nous montre qu'elle est de :

81 sur 4.178 malades observés, soit 19 pour 1.000 (fréquence absolue).

81 sur 522 pleurites des bases, soit 155 pour 1.000 (fréquence relative).

Nous devons faire remarquer que dans ce chiffre entrent :

a) Une dizaine de cas où fut porté le diagnostic de « broncho-pleurite légère », et où nous nous sommes cru autorisé à considérer la lésion pleurale comme inséparable de la lésion pulmonaire.

b) Trois cas où la pleurite s'étant manifestée à une base, on a vu apparaître, simultanément ou presque, un épanchement à l'autre base (contrôlé par la ponction

exploratrice). Nous estimons qu'il s'agit là d'un processus identique à son origine et ayant ensuite évolué différemment d'un côté et de l'autre. Nous y voyons même un argument de plus en faveur de la nature tuberculeuse de la pleurite. (Voir plus haut obs. B 12.)

c) Trois cas enfin où on relevait dans les antécédents du malade une grippe récente, survenue en temps d'épidémie, mais s'étant manifestée surtout par ses symptômes généraux, sans amener de localisation pulmonaire aiguë, pneumonie, ni broncho-pneumonie. Sans vouloir entamer le chapitre complexe des rapports de la grippe et de la tuberculose, nous croyons que ces faits méritent d'être signalés.

C. — *Fréquence comparée des pleurites primitives du sommet, des scissures et de la base.*

Sur nos 3.400 malades du centre A, nous avons trouvé :

{	Pleurite (récidivante) du sommet	51
	— — des scissures	29
	— — des bases.	65

Cette dernière nous apparaît donc, d'ores et déjà, comme la plus fréquente des localisations de la pleurite tuberculeuse.

Mais il faut bien savoir que si elle existe souvent à l'état isolé, souvent aussi elle nous apparaît comme une propagation aux bases de la pleurite apicale ou scissurale. Huit fois au moins sur quatre-vingt-une, nous l'avons trouvée telle. On s'en convaincra à la lecture des observations suivantes :

P. 4. Guil... — Fièvre bacillaire continue avec poussées de pleurite scissurale alternant avec pleurite de la base droite, Cyphose cervico-dorsale, petites adénites axillaire et carotidienne.

P. 5. X... — Pleurite scissurale bilatérale avec signes d'ancienne pleurite basilaire.

A l'examen radioscopique, ombre ganglionnaire diffuse. L'hémidiaphragme droit est un peu aplati et son jeu est diminué d'amplitude. Diminution de profondeur du sinus costo-diaphragmatique droit.

P. 6. Sou... — Pleuro-congestion scissurale récidivante avec adhérences costo-diaphragmatiques gauches.

A l'examen radioscopique, réaction ganglionnaire du hile et du médiastin, avec obscurité notable du sinus costo-diaphragmatique droit.

R. 1654. Bal..., 41° B. C. P. (M. le docteur ROUBIER).

Ouvrier d'usine, 29 ans. Célibataire.

Parents bien portants. Quatre frères et sœurs bien portants.

Bonne santé jusqu'à son service militaire. Pendant son service a eu une bronchite pour laquelle il fut réformé en 1910. Récupéré en 1915 S. A. Au front depuis 1915. Blessure du bras droit par éclat d'obus avec vaste cicatrice datant de septembre 1916. Evacué en février 1916 pour bronchite (45 jours d'hôpital). A part ces deux évacuations, a toujours fait son service. Evacué sur le C. T. avec le diagnostic « Bronchite des sommets, hémoptysies, température subfébrile ».

Actuellement, tousse beaucoup, surtout depuis dix jours, crache le matin, s'essouffle facilement pendant la marche. Se plaint d'un point douloureux à gauche, dans la région

précordiale. Aurait maigri ces temps derniers. Aurait eu quelques crachats hémoptoïques il y a cinq ou six jours.

Examen clinique (8 mai). — Respiration nasale gênée depuis longtemps des deux côtés, respire surtout par la bouche.

Sonorité et vibrations non modifiées. Au sommet gauche, en arrière, dans la zone d'alarme, et à la partie supérieure de l'espace scapulo-vertébral, quelques bruits secs très fins uniquement inspiratoires, très variables d'un moment à l'autre, non sensiblement augmentés par la toux. Pas de retentissement de la toux. Ces bruits ne se perçoivent pas du côté droit, on ne les trouve pas non plus dans la région sous-claviculaire gauche, où le murmure est un peu moins intense que du côté droit. Ebauche de myo-cedème.

✓ Petits ganglions assez nombreux dans les creux sus-claviculaires des deux côtés. Bruits du cœur un peu sourds. Pas de troubles digestifs appréciables.

Examen radioscopique. — A droite, la voûte diaphragmatique apparaît avec un double contour et sans aucune netteté. Elle se déforme au moment des inspirations. Nombreuses travées sombres partant du hile et s'irradiant jusque dans la région diaphragmatique. Sommets clairs et s'éclairant bien à la toux.

10 mai. — Le malade tousse toujours, expectoration muqueuse. Température, 38° le soir.

On entend toujours au sommet gauche, en arrière, une respiration granuleuse avec petits bruits extrêmement fins, discrets, à la partie interne des fosses sus et sous-épineuse.

15 mai. — On retrouve les bruits précédemment notés au sommet gauche, mais aujourd'hui ces bruits se perçoivent également à droite dans la fosse sus-épineuse; ils sont très variables d'un moment à l'autre, non augmentés par la toux. On ne les retrouve pas du tout en avant. La température est tombée, l'état général satisfaisant.

Diagnostic final. — Asthénie générale consécutive à une *pleurite sèche des deux sommets*, avec crépitations sous-pleurales perceptibles en arrière, surtout à gauche. Diminution de transparence radioscopique de la *base droite*. Pas de symptômes ni cliniques ni radioscopiques de lésions parenchymateuses en évolution. Pas de bacilles de Koch.

R. 1765. Weg..., 6^e T. E. M. (M. le docteur ROUBIER).

Employé de commerce, classe 1909.

Entré le 26 juin 1918.

Père mort à 59 ans de bronchite et emphysème. Mère bien portante. Un frère mort en bas-âge.

Depuis son jeune âge, sujet aux bronchites les hivers. Coqueluche à 4 ans. A été ajourné une fois pour faiblesse de constitution. Pris service auxiliaire et maintenu auxiliaire à la mobilisation. A fait plusieurs séjours dans les infirmeries sans jamais être évacué. Depuis le 1^{er} janvier 1918 il aurait maigri de 7 kilos et aurait perdu ses forces. Appétit conservé.

Le 29 mai 1918, aurait eu quelques crachats hémoptoïques qui durèrent huit jours. Depuis lors, se plaint de toux sèche persistante. Evacué le 26 juin pour « bronchite des sommets, mauvais état général ».

Examen clinique. — Thorax bien conformé, pas de myo-œdème.

Sonorité normale. Au sommet droit, en arrière, on note une expiration soufflante dans la fosse sus-épineuse. L'inspiration a un caractère granuleux. On perçoit quelques petits bruits fins secs inspiratoires et expiratoires très variables suivant le moment, superficiels, non augmentés par la toux. La pression au niveau de la zone d'alarme est un peu douloureuse. Il crache un peu le matin, son expectoration contient quelques filets de sang. Respiration nasale libre. Rien au cœur. Pas de troubles digestifs.

Examen radioscopique. — A droite, la voûte diaphragmatique dans l'inspiration est absolument horizontale, on n'aperçoit pas le cul-de-sac costo-diaphragmatique. L'ensemble du champ pulmonaire droit, de la base au sommet, est moins transparent que le gauche et s'éclaire moins bien dans les grandes inspirations. Réaction hilaire à droite.

Pas de bacilles de Koch.

Le 1^{er} juillet, le malade part en convalescence (un mois).

Diagnostic final. — Asthénie générale chez un sujet présentant des symptômes cliniques et radioscopiques de *pleurite sèche du sommet droit* et des symptômes radioscopiques d'*adhérences pleurales de la base droite*. Pas de symptômes de lésions parenchymateuses en évolution.

Il est bon de remarquer que dans ces deux dernières observations, la pleurite des bases n'a été diagnostiquée que par l'examen radioscopique. Nous verrons que telle est souvent la règle.

§ 4. — Fréquence des pleurites des bases accompagnant une lésion tuberculeuse non évolutive discrète du poumon, et en particulier de l'un ou des deux sommets.

Elle est de 127 sur un total de 4.178 malades, soit 30 pour 1.000 (fréquence absolue), et de 127 sur 522 pleurites des bases, soit 240 pour 1.000 (fréquence relative).

Nous tenons particulièrement à mettre cette forme en évidence, bien qu'en théorie nous soyons obligé de la ranger parmi les pleurites secondaires. Tous ces cas où on note une tuberculose abortive, une légère induration, une sclérose discrète d'un sommet, une bronchite chronique superficielle, sont actuellement considérés comme tuberculoses bénignes, chez des sujets d'ailleurs non bacillifères. Il nous semble voir là comme une preuve de

cette « tuberculisation discrète » du poumon, dont l'expression au niveau de la plèvre s'appelle pleurite.

Cette forme est en somme beaucoup plus fréquente que la pleurite primitive.

84 fois, elle accompagnait une « sclérose discrète » ou une « légère induration » de l'un ou des deux sommets.

13 fois, une « bacillôse fibreuse discrète ».

8 fois, la seule lésion concomitante observée était l'emphysème.

11 fois, de la bronchite chronique.

10 fois, une poussée pleuro-pneumonique hémoptoïque.

1 fois enfin, une « bronchite asthmatique ».

Il faut véritablement voir là comme une forme de passage entre la pleurite primitive pure et la pleurite secondaire, ainsi qu'il ressort de l'observation suivante (communiquée par M. PIÉRY) :

M^{me} X... — « Pleuro-congestion récidivante des bases avec asthme léger. Hydrosalpinx tuberculeux. Sclérose pulmonaire diffuse à la radioscopie avec adénopathie hilare très accusée. Poussée ganglionnaire au cours d'une cure thermale à La Bourboule. »

R. 1580. Har... (167^e américain) (M. le docteur ROUBIER).

Entré le 1^{er} avril 1918, 22 ans.

Ne parlant pas le français, ne donne pas de renseignements sur ses antécédents. Tousse. Expectoration mucopurulente. Essoufflement. Points de côté erratiques. On note une déformation thoracique portant sur la partie inférieure du thorax en avant. Voussure au niveau de la région sternale inférieure. Thorax allongé en entonnoir.

Examen clinique. — Sonorité normale. Murmure vésiculaire diminué au sommet droit. Partout on entend quelques râles de grosse bronchite. A la base droite, quelques râles muqueux très fins inspiratoires, surtout après une quinte de toux.

Examen radioscopique. — A droite, faible amplitude diaphragmatique. Diminution de transparence de la base avec double contour de la voûte diaphragmatique. Le sommet droit également diminué de transparence s'éclaire mal à la toux.

A gauche, faible amplitude diaphragmatique. On note également une diminution légère de la transparence, qui efface la netteté des contours du diaphragme.

7 avril. — Depuis son entrée, la température décrit de petites oscillations, entre 37° et 38°. Aspect fatigué, toux quinteuse, expectoration muqueuse avec îlots purulents. Toujours quelques râles de bronchite. Au sommet droit, respiration soufflante, mais on ne note aucun râle fin à cet endroit.

Persistance de quelques râles muqueux à la base droite, très fins.

Petits ganglions cervicaux et axillaires bilatéraux.

16 avril. — La température est complètement tombée. La bronchite et les râles fins de la base droite ne se perçoivent plus.

Diagnostic final. — Bronchite diffuse subaiguë avec symptômes cliniques et radioscopiques de *pleurite de la base droite*.

Diminution de transparence radioscopique du sommet droit sans symptômes de lésions parenchymateuses en évolution.

Pas de bacilles de Koch.

R. 2000. Lyo..., 367° R. I. (M. le docteur ROUBIER).

Typographe, classe 1906. Entré le 7 octobre 1918.

Père mort en vingt-quatre heures d'une congestion. Mère morte rapidement pour une raison analogue. Trois frères ou sœurs morts d'accidents et six autres bien portants. Sa femme est bien portante. Pas d'enfants.

Au front depuis le début. En janvier 1915, fièvre typhoïde (trois mois d'hôpital, trois mois de convalescence). Versé S. X. en août 1915, repris S. A. en mai 1916 (resté quatorze mois inapte). Parti au B. I. en avril 1917, est évacué en juillet 1917 pour bronchite (quinze jours d'hôpital). Rejoint le C. I. D. et est plusieurs fois évacué à l'hôpital pour la même raison. Depuis un an, passe son temps dans les hôpitaux. Cette fois, il a été évacué le 28 septembre; on nous l'envoie le 4 octobre pour « bronchite du sommet droit et fatigue générale ».

Depuis longtemps, tousse beaucoup la nuit, crache un peu, est essoufflé et accuse un point de côté persistant à la base gauche, en avant. Il aurait maigri de 12 kilos depuis la mobilisation. Ne transpire pas la nuit. Appétit irrégulier.

7 octobre. — *Examen clinique.* — Thorax bien conformé. Pas de myo-œdème. Sonorité et vibrations normales.

En arrière, le murmure s'entend mal aux deux sommets, surtout à droite. En avant, sous les clavicules, respiration un peu emphysémateuse, inspiration humée et saccadée, expiration soufflante, surtout au sommet droit. Aux deux bases, en avant, on entend à la fin des grandes inspirations quelques bruits crépitants fins très variables, peu modifiés par la toux et qui paraissent être des crépitations sous-pleurales. Leur maximum se trouve au niveau de l'espace de Traube.

Le malade se plaint de douleur constante dans la région des fausses côtes gauches. La pression profonde à cet endroit est un peu douloureuse. On provoque également la

douleur en écartant la base du gril costal. Il existe aussi de la douleur à la pression sur le sommet droit, en arrière.

Pupilles inégales (la droite plus grande que la gauche). Respiration nasale libre. Pas de ganglions sus-claviculaires ni axillaires.

Rien au cœur. Pas de troubles digestifs.

Examen radioscopique. — Diminution de transparence de la base gauche. De ce côté, la voûte diaphragmatique manque de netteté, elle est horizontale et le sinus ne s'ouvre pas dans les grandes inspirations.

17 octobre. — Point de côté persistant à la base gauche. Pas de température. Toujours à cette base, mais uniquement en avant (Traube), assez nombreuses crépitations fines éclatant par bouffées à la fin des grandes inspirations. Pas de rétraction thoracique, ampliation normale. Les crépitations se perçoivent aussi à la base droite en avant, mais beaucoup moins nombreuses.

Le malade part en convalescence (45 jours).

Diagnostic final. — Asthénie générale chez un sujet présentant des symptômes de *pleurite des deux bases* en avant, très prédominantes à gauche, et des symptômes discrets d'emphysème des sommets.

Pas de symptômes cliniques ni radioscopiques de lésions bacillaires en évolution. Pas de bacilles de Koch.

§ 5. — Localisation, symptômes généraux et complications.

a) Sur un total de 81 pleurites tuberculeuses primitives des bases, nous trouvons :

(	Base droite	39
{	Base gauche	31
(	Les deux bases	11

On doit conclure à l'unilatéralité plus fréquente de la lésion et à la légère prédominance de sa localisation à droite.

b) Nous devons signaler que dans près d'un tiers des cas, la pleurite primitive de la base a été découverte pour ainsi dire fortuitement, masquée qu'elle était par des symptômes généraux qui auraient pu égarer le diagnostic.

C'est ainsi que chez onze d'entr'e eux, toute l'attention se portait sur les phénomènes d' « *asthénie*, amaigrissement, fatigue générale », l'un d'eux avait maigri en peu de temps de 5 kilos.

8 fois, la *tachycardie* et l'éréthisme cardiaque dominaient la scène.

2 autres avaient des troubles *dyspeptiques* très marqués.

La radioscopie montre une pleurite de la base chez *Ina...* (obs. A 1), atteint de « fatigue générale avec *albuminurie* intermittente sans symptômes cardiaques appréciables ».

Une affection *rénale* bacillaire vient quelquefois signer la nature spécifique de la pleurite :

Obs. **A. 16. Niel...** chez qui fut diagnostiquée une pleurite des bases, fit ultérieurement une néphrite albumineuse bacillaire.

Obs. **B. 21. Ba...b...T...**, qui avait présenté à la base gauche de la « submatité, des frottements disséminés, puis de l'obscurité respiratoire », fait ultérieurement une pyonéphrose bacillaire droite.

Enfin, le virus tuberculeux peut aller faire sa métastase sur l'*endocarde*, comme chez *Lap...*, 3^e zouaves, (obs. B 3.342) qui, entre des « poussées de pleurite réci-

divante de la base gauche », se met à présenter des « signes de léger rétrécissement mitral ».

Nous croyons intéressant, pour clôturer ce paragraphe, de donner l'observation suivante qui montre la coexistence, avec une ostéite costale, d'adhérences pleurales surtout constatables à l'examen radioscopique :

R... 1575 Pru..., 42^e R. I. (M. le docteur ROUBIER).

Cultivateur, 21 ans.

Père bien portant. Mère morte de suite de couches. Un frère malade ayant eu des hémoptysies.

Aucune maladie avant la guerre.

Evacué en février 1917 pour congestion pulmonaire (deux mois d'hôpital). Depuis, accuse souvent des points de côté, tantôt à droite, tantôt à gauche, et de l'essoufflement. Tousse assez souvent.

Examen clinique (30 mars). — Au-dessous du mamelon gauche, on note une tuméfaction rénitente avec fluctuation, du volume d'une grosse noix. Point osseux très net au niveau de la 3^e côte gauche.

Au poumon, sonorité normale, ampliation thoracique normale. Diminution du murmure vésiculaire à la base droite, sans autres bruits anormaux. Rien à gauche. Petit ganglion sous-claviculaire gauche, petits ganglions dans les deux aisselles.

Examen radioscopique. — A droite, diminution très nette de transparence de la base. Le diaphragme est très peu mobile, ses contours se dessinent mal, on n'aperçoit pas le sinus costo-diaphragmatique.

A gauche, la base est également diminuée de transparence, on ne distingue plus les contours du diaphragme ni de la partie inférieure du cœur.

Pas de bacilles de Koch.

Evacué le 5 avril sur l'intérieur.

Diagnostic final. — Ostéite costale de la 3^e côte *gauche*, avec abcès froid thoracique. Adhérences pleurales des deux bases, surtout à *droite*, et surtout constatables à l'examen radioscopique.

§ 6. — La pleurite tuberculeuse adhésive d'emblée.

Cette forme a été décrite, dès 1901, par R. BERNARD, dont nous nous permettons de résumer ici l'observation n° 1 :

N° 1. — « Infection bénigne d'aspect typhoïdique. Séro-diagnostic négatif. Pas de signes d'une lésion pulmonaire. Symphyse pleurale. »

M...O J.-M., 10^e cuirassiers.

Entre à l'hôpital le 15 janvier, avec le diagnostic : bronchite grippale. C'est la première bronchite du malade, qui ne trouve dans ses antécédents personnels qu'une fluxion de poitrine à l'âge d'un an. (Il ne sait quel fut le côté atteint.)

Le 15 janvier, on note quelques sibilances seulement dans l'espace inter-scapulaire, une respiration un peu rude aux deux sommets. A la percussion, son pulmonal physiologique, élasticité sous le doigt normale. Vibrations peut-être un peu exagérées en avant au sommet droit.

Tousse peu. Expectoration insignifiante.

Les jours suivants, toute trace de bronchite disparaît.

Le 25, la température vespérale monte à 40°, toujours sans signes pulmonaires.

Le 26, séro-diagnostic négatif.

A dater de ce jour, la température descend en lysis. Séro-diagnostic négatif.

Le 2 février, on note un obscurcissement appréciable du murmure vésiculaire à la base droite, sans bruits anormaux.

Le 4 février, à la base droite, obscurité du son de percussion et du bruit respiratoire. Vibrations conservées. Pas de bruits anormaux.

Le 9 février, même signes physiques. Aucune douleur spontanée ou provoquée. Ponction exploratrice négative.

24 février, *examen radioscopique*. — Opacité faible et uniforme de toute la moitié droite du thorax. La base paraît un peu plus trouble que le sommet. Immobilité du diaphragme à peu près complète de ce côté. La symétrie des deux moitiés du thorax est parfaite à l'inspection et à la palpation. Sous le cordeau, le sternum n'est pas dévié. Le cyrtomètre ne donne aucune déformation appréciable.

Schéma : Sonorité — ; Vibrations = , Respiration —

Le 1^{er} mars, le malade rétabli part en convalescence d'un mois.

Revu le 17 janvier de l'année suivante, le malade qui, après sa convalescence, avait repris son service, revient à l'hôpital : bronchite diffuse, bacilles de Koch peu nombreux. Pas de fièvre. Pas de modifications de sonorité à la base droite.

Examen radioscopique. — Opacité du sommet gauche et diminution de l'amplitude des mouvements du diaphragme à droite. Le reste normal.

« Il ne me paraît guère possible, écrit R. BERNARD, d'interpréter autrement que par une lésion pleurale les accidents généraux observés chez ce malade ; toute autre localisation de l'infection est inadmissible. Mais les signes de pleurésie ont été : la submatité dans une zone diffuse de l'hémithorax droit en arrière, et, à l'examen radioscopique, l'état trouble de la même région jusqu'au sommet. Ce dernier signe suffit, surtout avec l'inertie du diaphragme, pour le diagnostic de pleurésie et de pleurésie adhésive. Le seul point faible de cette observation, c'est cette « fluxion de poitrine » que M... aurait eue au berceau. On objectera qu'elle a dû faire au niveau de la plèvre cette soudure aperçue, à l'occasion de cette pous-

sée actuelle. Mais une symphyse pleurale si ancienne irait difficilement avec un thorax exempt de déformation, et elle ne troublerait pas la transparence de la plèvre éclairée par les rayons X. En l'absence d'induration et de congestion des sommets, il est donc permis de croire, malgré l'absence de frottements et d'épanchement, qu'une végétation bacillaire s'est faite à ce moment sur le territoire pleural. »

Pour comparaison, après cette observation de pleurite adhésive d'emblée, si insidieuse et si peu bruyante, même dans ses suites, nous donnons l'observation personnelle suivante, qui nous montre comme les signes varient dès qu'il y a eu un épanchement, si discret fut-il :

Del..., 46° R. A. L. — Il s'agit d'un homme qui a eu, il y a un an, une pleurésie avec épanchement *discret*. Actuellement, état général bon, bon appétit, toux et expectoration minimales. Pas de sueurs nocturnes. Points de côté, surtout à droite.

Sur toute la hauteur du poumon droit, on perçoit une obscurité respiratoire manifeste, toutefois, plus marquée à la base, qui est submate, avec *diminution nette de l'amplitude* des mouvements respiratoires.

Examen radioscopique. — A droite, flou généralisé du poumon; le sommet respire mal. La base est très grise. Immobilité presque complète du diaphragme. On ne voit pas le sinus.

Chaîne ganglionnaire au niveau du hile.

A gauche, léger flou des deux tiers supérieurs. Base normale.

Diagnostic. — Bacillose pulmonaire fibreuse discrète des deux sommets, avec poussée de bronchite et de pleurite récidivante. Quelques adhérences pleurales.

Enfin, en application des données de TRIPIER sur la sclérose pulmonaire accompagnant les adhérences symphysaires, voici une observation où l'examen radioscopique confirme les vues de l'anatomo-pathologiste.

A. 970. Tro..., 4^e E. M. — Sclérose pleuro-corticale diffuse et discrète avec poussées de pleurite récidivante.

Examen radioscopique. — Diminution de luminosité des deux sommets. Ganglions bilatéraux. Quelques tractus fibreux allant du hile à la coupole diaphragmatique des deux côtés.

★
★★

§ 7. — Nous résumons tous les résultats de nos recherches dans le tableau récapitulatif ci-après :

TABEAU RÉCAPITULATIF

	MALADES OBSERVÉS	PLEURITES DE LA BASE	PRIMITIVES	SECONDAIRES				
				TUBERCULOSE NON ÉVOLUTIVE	TUBERCULOSE ÉVOLUTIVE	POST PLEURÉTIQUE	POST TRAUMATIQUE	DIVERSÉS
Centre A.	3400	407	65	105	82	55	85	15
Centre B.	778	115	16	22	26	19	23	9
TOTAL ...	4178	522	81	127	108	74	108	24
Proportion pour....	1000	125	19	30				

CHAPITRE III

ETUDE RADIOSCOPIQUE

Pour établir la statistique précédente, nous avons retenu tous les cas où la constatation, soit des signes physiques, soit des signes radioscopiques, nous permettait de poser le diagnostic de pleurite des bases. Examinons dans quelles proportions respectives sont intervenus ces deux modes d'investigation, non seulement en ce qui concerne les pleurites primitives (colonne verticale II du tableau ci-après), mais aussi pour les pleurites accompagnant une lésion non évolutive du poumon (colonne I). Nous aurons ainsi un terme de comparaison.

	I Pleurites de la base avec lésion non évolutive	II Pleurites primitives des bases
1) Cas où le diagnostic n'a pu être fait que grâce à l'examen radios- copique	56	16
2) Cas où le diagnostic fait clinique- ment a été confirmé par l'examen radioscopique	44	17
3) Cas où le diagnostic clinique n'a pas été confirmé par l'examen radioscopique	19	6
4) Cas où l'examen radioscopique n'a pas été pratiqué.	89	42
TOTAL.	208	81

Ainsi donc, pour nous en tenir par exemple aux seules pleurites primitives, dans 39 cas où l'examen radioscopique a été pratiqué, il n'a été négatif que 6 fois. Et, dans les 33 cas où il a été positif, 16 fois c'est lui seul qui a permis de faire le diagnostic, les signes physiques ayant été négatifs, ou tout juste suffisants pour amener une présomption. (Observations A 224, A 228, etc.)

Etant données nos conditions d'observation et l'insuffisance de nos éléments de diagnostic rétrospectif, nous avons dû faire plus haut toutes réserves utiles sur la valeur de nos statistiques. (Ch. II, § 1^{er}.) Persuadé que nos résultats sont bien au-dessous de la vérité, nous avons voulu, avant d'essayer de les interpréter, insister encore sur la nécessité de la *recherche radioscopique* de la pleurite tuberculeuse primitive des bases.

M. le docteur ROUBIER a bien voulu mettre à notre disposition une série de 1.000 observations, portant sur les tuberculeux suspects ou avérés d'un centre de triage des armées en 1918, chez lesquels l'examen radioscopique a été pratiqué systématiquement. Autant dire que nous allons tabler maintenant, non plus sur 1.000 observations où la pleurite de la base n'a pas été recherchée de parti pris, mais sur *1.000 examens radioscopiques où l'observateur a noté fidèlement tout ce qu'il voyait sous l'écran*. Or, en éliminant comme nous l'avons déjà fait tous les cas qui rentrent dans le groupe des pleurites secondaires, consécutives à une pleurésie, à un traumatisme du thorax, etc., voici les résultats auxquels nous sommes arrivé :

I. — Sujets présentant des signes radioscopiques à une base, sans signes cliniques ni radioscopiques des sommets :

a) Diminution de l'amplitude diaphragmatique.	123
b) Autres signes radioscopiques de la base. (Déformation et immobilisation du diaphragme, obscurité ou disparition des sinus, etc.).	114
TOTAL.	237

II. — Sujets *non bacillifères*, présentant des signes cliniques et radioscopiques des sommets, avec des signes radioscopiques à une base :

a) Du même côté que le sommet malade.	13
b) Du côté opposé.	3
TOTAL.	16

III. — Sujets *bacillifères*, présentant des signes radioscopiques à une base :

a) Du même côté que le sommet malade.	60
b) Du côté opposé.	10
TOTAL.	70

IV. — Total des sujets présentant des signes radioscopique à une base : 323.

Ainsi donc, sur 323 malades présentant des signes radioscopiques à une base, 237 malades, non seulement n'étaient pas bacillifères, mais ne présentaient aucun symptôme clinique ni radioscopique des sommets.

Voilà le fait, singulièrement frappant, en l'absence de toute lésion pulmonaire concomitante. Comment l'expliquer ? Si nous admettons pour un moment que tout sujet qui présente des signes radioscopiques à une base, en dehors de toute lésion antécédente ou actuelle susceptible de les expliquer, est atteint de pleurite tuberculeuse primitive des bases, nous arrivons à la proportion de 237 pour 1.000 malades observés. Nous voilà loin du chiffre

de 19 pour 1.000, qui ressortait de notre première statistique.

Ce sont là résultats en apparence inconciliables, tellement est grande la différence qui les sépare. Et nous sommes en présence de ce dilemme : ou bien reconnaître que la symptomatologie clinique de l'affection qui nous occupe est tellement discrète et inconstante qu'on risque très souvent de « passer à côté » si on ne la recherche de parti pris, ou bien n'accorder qu'une confiance très réservée à ce qu'on voit sous l'écran.

Or, l'étude de ces signes radioscopiques va nous montrer qu'il faut au contraire leur attribuer une grande valeur.

Signes radioscopiques.

a) *Le signe de Williams.* — C'est à dessein que nous venons de faire une distinction entre la « diminution de l'amplitude diaphragmatique » et les autres signes radioscopiques de la base. Car la signification du premier a été diversement interprétée.

En 1897, le docteur FRANCIS WILLIAMS, de Boston, dans une communication au Congrès des médecins américains, insistait sur le signe qui a gardé son nom. « Dans la tuberculose pulmonaire, du côté malade, le diaphragme présente à l'état de repos, c'est-à-dire en expiration, une situation normale, mais à l'inspiration et surtout à l'inspiration forcée, il s'abaisse moins que du côté sain ou du côté le moins atteint ; à la fin de l'inspiration, il revient à sa position normale. »

On a beaucoup discuté sur la signification de cette diminution d'amplitude des mouvements du diaphragme,

et surtout pour savoir si elle était véritablement la marque d'une tuberculose « au début ». Mais pour nous, la question ne nous apparaît plus sous le même angle, car nous savons maintenant que ces soi-disant tuberculoses du début ne sont en réalité que des tuberculoses bénignes. (BARD, PIÉRY.) Nous nous demandons seulement : est-elle due à une diminution de l'élasticité ou de la capacité respiratoire du poumon lésé, comme le pense BARON ? S'explique-t-elle au contraire par la présence d'adhérences qui, intéressant une plus ou moins grande étendue des plèvres, limiterait le jeu des deux feuillets (PIC) ? ARVSPERGER fait remarquer que de telles adhérences se rencontrent sur les cadavres de sujets atteints de faibles lésions du sommet et dans une proportion qui correspond à peu près à la fréquence du signe de WILLIAMS. « Celui qui a l'occasion d'étudier un grand nombre de malades doit convenir que la pleurésie sèche sert très souvent d'introduction à la tuberculose et que les adhérences ne sont pas plus souvent localisées aux sommets qu'aux autres parties du poumon ; la gêne qui en résulte pour les mouvements du diaphragme s'accorde souvent avec les phénomènes de WILLIAMS. » (JAUGEAS.)

Signalons que l'emphysème amène lui aussi une diminution de l'amplitude des mouvements du diaphragme, mais en sens inverse, c'est-à-dire qu'à l'inspiration, le diaphragme s'abaisse aux limites ordinaires, tandis qu'à l'expiration, il revient moins haut que normalement. Mais alors on retrouve les autres signes de l'emphysème, écartement des côtes, clarté des bases, etc.

Nous pouvons nous faire une idée personnelle du signe de WILLIAMS. Dans notre seconde série de recher-

ches, nous venons de voir que sur 237 malades ne présentant aucun symptôme clinique ni radioscopique de lésions du sommet, en dehors de tout antécédent pulmonaire, 123 présentaient une diminution d'amplitude des mouvements du diaphragme. C'est un chiffre remarquable, et il faut l'expliquer. Certes, BARJON, a montré que les adhérences ne sont pas tout et que le poumon joue un rôle très important dans le mécanisme des mouvements respiratoires. « Il est l'excitateur de ces mouvements, c'est lui qui déclanche le réflexe respiratoire et, tant qu'il est capable de le faire, une symphyse même très adhérente ne suffit pas à immobiliser complètement le diaphragme. » Mais bien avant le stade de symphyse, ne pouvons-nous supposer de même qu'une plèvre atteinte de pleurite au début, donc inflammatoire, dépolie, siège de phénomènes douloureux, puisse être le point de départ d'un réflexe inhibiteur, d'un réflexe de défense, immobilisant partiellement le diaphragme, comme s'immobilisera ensuite la paroi thoracique ? Les adhérences n'apparaîtront que plus tard. Nous donnons cette hypothèse pour ce qu'elle vaut et, jusqu'à plus ample informé, nous considérerons le signe de WILLIAMS, quand aucune lésion pulmonaire n'est décelable, comme une présomption en faveur d'une pleurite de la base.

b) La constatation d'un *épaississement pleural* a une valeur quasi absolue, mais demande une recherche méthodique. D'après ROSENFELD, les petites ombres pleurétiques se distinguent des ombres pulmonaires en ce qu'elles sont diffuses et plus étendues, alors que les secondes sont plus opaques et dégradées sur les bords,

Ce sont ces « obscurités relatives » de la base que nous retrouvons si souvent dans nos diagnostics radiologiques. BÉCLÈRE fait remarquer que cette ombre varie d'intensité suivant la position respective occupée par le malade et par l'écran. Localisée à la base du thorax et en arrière, par exemple, et perceptible à l'examen postérieur, elle disparaîtra si l'écran est appliqué à la partie antérieure du thorax.

c) Les altérations du *sinus costo-diaphragmatique*, réduit dans sa largeur et dans sa profondeur, à demi-comblé ou même totalement effacé, sont la preuve certaine d'une symphyse, sous la réserve qu'on trouve quelquefois à l'autopsie des adhérences là où le sinus était apparu normal sous l'écran.

d) Nous avons attaché également une grande valeur aux *déformations* du diaphragme. Elles indiquent des adhérences solides. Au lieu d'être régulièrement convexe, la coupole diaphragmatique s'aplatit, tend vers l'horizontale, ou bien elle devient oblique vers le centre : ou bien enfin elle forme un angle saillant qui pointe vers le poumon sous-jacent. Si cette disposition se répète, c'est le phénomène du feston diaphragmatique de MAYGOT. Quand les adhérences très solides ont refoulé le poumon, « on voit apparaître, entre la clarté pulmonaire et le contour sombre de la coupole, une zone grise qui se traduit sur l'écran par un « double contour » tout à fait caractéristique ». (BARJON.)

e) *Les adénopathies hilaires*. — Très souvent, nous pouvons dire presque constamment, la radioscopie nous a révélé l'existence « d'adénopathies hilaires, — ombres

hilaires élargies, — chaînes ganglionnaires bilatérales et moniliformes ». Il y a là plus qu'une coïncidence. Il faut retenir surtout ces taches très sombres et très nettes (taches nummulaires de PIÉRY et JACQUES), révélatrices de ganglions plus ou moins crétacés et calcifiés. « Une bande moniliforme, c'est-à-dire sombre, sur laquelle se détachent des parties plus foncées, affectant souvent une disposition en chapelet, traduit des ganglions *crétacés*, souvent même des ganglions *scléreux*, accompagnés d'une poussée inflammatoire. Cette bande en chapelet s'observe dans les phthisies fibro-caséuses à poussées successives et dans les tuberculoses abortives. Les taches *nummulaires*, noires, arrondies et à contours bien définis, véritables médailles, répondent à des ganglions crétacés ou scléreux, ou même fibro-caséux, sans poussée inflammatoire actuelle. Ce dernier type n'est autre que celui des tuberculoses latentes. »

Nous ne reviendrons pas sur les conclusions pathogéniques qu'on en peut tirer. (Voir chapitre I^{er}.)



En somme, si les signes radioscopiques peuvent quelquefois manquer (et nous en possédons 6 observations), ce n'est guère que dans la période de début, où ils peuvent être devancés par les signes fonctionnels et physiques. Dans les autres périodes, c'est rarement qu'ils sont en défaut, sauf les réserves que nous avons faites à propos de chacun d'eux. Non seulement on doit leur reconnaître une grande valeur, mais toute pleurite tuberculeuse primitive des bases, même à peine soupçonnée, doit être recherchée sous l'écran.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

Si la pleurite tuberculeuse primitive des bases nous semble avoir été trop souvent pour ainsi dire une découverte radioscopique, c'est que la symptomatologie clinique en est très réduite. N'est-ce pas dire que l'étude n'en est que plus importante ? Nous envisagerons successivement les signes fonctionnels et les signes physiques, tels qu'ils nous ont paru se présenter dans nos observations.

1. — Signes fonctionnels.

Dans un certain nombre de cas, le sujet, dont l'aspect par ailleurs semble satisfaisant, se plaint de malaise, de vague lassitude. Depuis quelques jours, il sent que son état général décline, il a perdu l'appétit, il s'inquiète de son état subfébrile. On pense à la neurasthénie. Il signale des palpitations ; nous avons cité de nombreux cas où le symptôme « tachycardie, éréthisme cardiaque » serait resté inexpliqué, si une recherche systématique n'avait permis de la rattacher à une pleurite des bases jusque-là méconnue.

Dans d'autres cas, l'état général est plus rapidement atteint, la fièvre est plus forte, avec exacerbations vespérales, qui doivent la rendre suspecte.

La *toux*, quand elle existe, d'ailleurs modérée, est sèche et intermittente : elle doit attirer l'attention vers une irritation pleurale.

Le *point de côté*, qui est essentiellement un symptôme de pleurite, nous a paru inconstant. C'est pourtant lui qui conditionne la *dyspnée fréquente*. Mais quelquefois ce n'est que par un interrogatoire serré qu'on réveille chez le malade le souvenir d'une douleur légère, perçue au niveau des fausses-côtes, à l'occasion d'une inspiration plus profonde ou d'une quinte de toux. Et même la douleur est d'autant moins marquée, que la lésion est plus avancée : R. BERNARD l'a bien noté dans ses pleurésies adhésives d'emblée. Cependant le point de côté n'en est pas moins le gros symptôme. Le malade le localise mal. Il couvre de sa main ses fausses-côtes droites et dit : il me semble que j'ai mal au foie. Très fréquemment, c'est pour un « mal de reins » qu'il vient consulter, mais il n'a pas la raideur lombaire du vrai lumbago. Dans ces cas, il faudra toujours penser à l'irradiation d'une irritation de la plèvre basilaire. De même on a abusé du diagnostic de « névralgie intercostale ». « Dans l'immense majorité des cas, écrit M. PIÉRY, il est possible de remonter à la poussée de pleurite discrète initiale, pour peu qu'on recherche cette dernière de parti pris. Le cas est plus fréquent qu'on ne le croit, particulièrement chez les femmes jeunes, anémiques, névropathes. Il nous est arrivé chez plusieurs d'entre elles, en effet, de découvrir une poussée de pleurite discrète au point d'avoir échappé à de bons observateurs et à nous-même lors d'un examen antérieur. Pour tout dire, chez ces sujets, nous croyons à la fréquence beau-

coup plus grande de la pleurite que de la névralgie idiopathique,, ce qui est l'inverse de l'opinion classique. La conclusion pratique, c'est que, en présence d'un point de côté, c'est toujours la poussée de pleurite qu'il faudra tout d'abord et systématiquement rechercher. »

Ajoutons que si la douleur devient brusquement intense, pongitive, quelquefois même syncopale, c'est que la pleurite, élargissant son domaine, a gagné la plèvre diaphragmatique. On s'en assurera en cherchant les points douloureux de la névralgie phrénique de GUÉNEAU DE MUSSY, etc. Il faut savoir, en effet, que cette plèvre peut, elle aussi, être le siège de pleurite sèche (un cas de M. PRÉRY, où on avait pu penser à un pneumothorax, tellement les phénomènes généraux avaient d'intensité).

L'expectoration est négligeable. Quand elle apparaît muco-purulente, en même temps que se manifeste une véritable poussée fébrile avec point de côté violent, on peut être certain que le parenchyme cortical est pris à son tour et que la pleurite se complique d'un foyer de pneumonie superficielle. (Point de côté fébrile de SABORIN.)

Les autres signes fonctionnels qu'on pourra observer sont sous la dépendance de la nature tuberculeuse de l'affection (sueurs nocturnes légères, etc.). Nous n'insisterons pas sur la nécessité qu'il y aurait à pratiquer systématiquement les recherches spécifiques et de laboratoire (intradermo-réaction en particulier), qui n'ont malheureusement pas été appliqués à l'examen, déjà ancien, des malades qui nous occupent.

2. — Signes physiques.

La recherche en est fort délicate.

L'*inspection* ne nous apprendra rien. On ne trouve pas de rétraction des espaces intercostaux, pas de déviation du thorax, pas de diminution de l'amplitude thoracique, pas d'atrophie musculaire de la paroi, et cela même dans la forme adhésive d'emblée. Ces signes sont au contraire caractéristiques des symphyses consécutives à un épanchement, si discret fût-il. Les symphyses, disait TRIPIER, distinctes par leurs origines, continuent à se distinguer par leurs symptômes ultérieurs.

À la *palpation*, on notera la diminution ou l'abolition (très rarement absolue), des vibrations vocales, suivant une progression qui mesure le degré d'épaississement des feuillets pleuraux. Celui-ci sera d'ailleurs encore mieux diagnostiqué par la submatité qu'il donnera à la percussion, avec ce caractère spécial signalé par PIC : discordance entre la submatité à la percussion légère et la sonorité à la percussion profonde.

La percussion et l'auscultation des bases exigent une technique rigoureuse ; la sonorité des bases étant abaissée au maximum par une inspiration forte, on lui trouve comme limites : sur les lignes sternale, parasternale et mammaire, le septième cartilage costal ; sur la ligne axillaire, la neuvième côte ; près du rachis, la douzième côte (EICHENORST). C'est en arrière, la « ligne basilaire » de MOURIQUAND, à partir de laquelle il faudra rechercher par la percussion « ces étroites bandes de matité, ayant de 1 à 3 centimètres de largeur » que TURBAN a constatées chez 50 % de ses phtisiques, « et qui sont la suite de peti-

les poussées de pleurite guéries ou existant encore », puis, par la sthétoscopie pratiquée alternativement des deux côtés, l'obscurité respiratoire totale ou subtotale symptomatique des costo-diaphragmatites.

Mais, submatité et obscurité respiratoire n'apparaissent que lorsque la lésion est constituée et qu'il existe des adhérences. « Les adhérences symphysaires, dit TRIPIER, ne correspondent bien manifestement qu'à une diminution dans la région où elles existent. » Au contraire, quand encore elle se limite au simple dépoli de la séreuse, la difficulté qu'éprouvent les deux feuillets à glisser l'un sur l'autre, peut donner naissance à des *frottements*. Ce frottement, qui naît et meurt sur place, est sec, rude et superficiel. A vrai dire, le véritable frottement « cuir neuf », rude, râpeux, entier, est une rareté, une exception dans le cas particulier. C'est essentiellement un phénomène des pleurésies *avec* épanchement. Dans la pleurite, au contraire, et M. PIÉRY en fait un caractère particulier du frottement chez les tuberculeux, « il semble se décomposer en petits bruits distincts, éclatant brusquement à la manière de minuscules explosions », ce par quoi il ressemble beaucoup aux râles. On pourra donc le confondre avec les *crépitations sous-pleurales* (frottements-râles de DAMOISEAU), qui paraissent traduire le processus pneumonique sous-jacent à toute inflammation pleurale tuberculeuse, décrit par TRIPIER. Nous avons vu d'ailleurs qu'il n'est pas clinique de vouloir faire une distinction trop absolue entre ces deux processus.

Il est évident que les frottements seront d'autant mieux perceptibles que sera plus grande la surface de contact

entre les deux feuillets enflammés. Il faudra donc demander au malade de faire des inspirations profondes.

Le frottement, quand il existe, est un signe excellent, pathognomonique. Mais il est passager et fugace. Il peut disparaître d'un examen à l'autre même à des dates rapprochées, pour réapparaître après quelques jours : dans ce cas on est autorisé à penser à un renouveau d'activité de la lésion. C'est essentiellement un signe de début. Mais nous avons des observations où l'auscultation la plus attentive n'a pu arriver à le découvrir.



Pour nous résumer, nous devons reconnaître que la symptomatologie clinique de la pleurite primitive des bases est très discrète et, malgré toute son importance, parfois impuissante à poser un diagnostic ferme. Raison de plus pour la rechercher avec méthode et la compléter systématiquement par l'examen radioscopique.

CHAPITRE V

ÉVOLUTION ET DIAGNOSTIC

Pour synthétiser ces notions diagnostiques, nous pouvons considérer que l'évolution de la pleurite tuberculeuse primitive des bases passe par les phases suivantes :

1° Au début, la plèvre étant simplement dépolie, l'oreille peut percevoir des frottements ou des crépitations sous-pleurales. La radioscopie peut montrer une diminution de l'amplitude des mouvements diaphragmatiques.

2° La lésion va dès ce stade rétrocéder, jusqu'à une reprise ultérieure, qui caractérise la pleurite à répétition. Mais il est rare qu'après deux ou trois poussées, on ne trouve pas trace de leur passage sous forme d'épaississement pleural donnant une ombre radioscopique, de la submatité à la percussion, et à l'auscultation, une diminution du murmure vésiculaire. Les adhérences se manifestent par les mêmes symptômes plus accentués et produisent l'immobilisation plus ou moins complète ainsi que les déformations du diaphragme.

3° Enfin, la pleurite peut évoluer d'emblée vers la symphyse (pleurite adhésive d'emblée). Alors les vibrations vocales ne sont plus perçues avec leur intensité normale par la main qui palpe, la submatité à la percussion peut

devenir matité (sans phénomène du flot), la diminution du murmure vésiculaire fait place à l'obscurité respiratoire, et les symptômes radioscopiques atteignent leur maximum.

Par cette forme qui sert de transition, on arrive à la limite des corticalites fibreuses (formes post-pleurétiques de BARD), où la symphyse pleurale est sus-jacente à des lésions pulmonaires scléreuses superficielles et étalées en surface. Elles succèdent, non seulement à une pleurésie avec épanchement comme on a pu le croire, mais très souvent aussi à une pleurésie sèche qui passe d'abord inaperçue et n'est décelée que lorsque la lésion pulmonaire est constituée.

CONCLUSIONS

I. — On peut individualiser une forme de pleurite tuberculeuse primitive des bases, localisation aux bases de la pleurite tuberculeuse à répétition, se manifestant soit seule, soit en alternance ou concomitamment avec la pleurite apicale ou scissurale.

II. — Au point de vue anatomo-pathologique, elle va depuis le simple dépoli de la séreuse (pleurite simple) jusqu'à la pleurite adhésive d'emblée, avec participation habituelle de la corticalité pulmonaire sous-jacente.

III. — Sa fréquence est grande, plus grande encore que celle des pleurites apicale ou scissurale.

IV. — Sa symptomatologie clinique, très discrète et inconstante (point de côté basilaire, frottements - râles, obscurité respiratoire, submatité), demande à être étudiée avec méthode et suivant une technique précise. Jusqu'à présent, cette forme de pleurite a été plutôt diagnostiquée par l'examen radioscopique.

V. — Pour cette double raison, elle doit être recherchée de parti-pris et nous croyons qu'alors on la rencontrera plus souvent.

VI. — Elle entre dans le cadre des tuberculoses bénignes et, comme telle, jouit d'un pronostic relativement favorable.

VU :

Le Président de la Thèse,

A. PIC.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 26 février 1920.

Le Recteur :

Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BARTH (H.). — Séméiologie de l'appareil respiratoire (in Brouardel, Gilbert).
- BARJON. — Radiodiagnostic des affections pleuro-pulmonaires (Masson).
— *Lyon Médical*, 17 avril 1904.
- BÉCLÈRE. — In Bouchard. Traité de radiologie médicale, p. 804 et suivantes.
— Les rayons de Röntgen et le diagnostic de la tuberculose : rapport au IV^e Congrès de la tuberculose, 1898.
— *Presse Médicale*, 1^{er} mars 1902.
- BÉRIEL. — Thèse de Lyon, 1904-1905.
- BERNARD. (R.). — *Lyon Médical*, 30 juin 1901.
- BERNARD (L.) et GOUGEROT. — *Bulletin Médical*, 8 et 18 juillet 1908.
- CARROSSE (J.). — Thèse de Lyon, 1919-1920, n^o 20.
- CASTAIGNE (collection). — Les maladies de la plèvre.
- CHANTEMESSE et COURCOUX. — Les pleurésies tuberculeuses (Bibl. de la tuberculose).
- CLUZET. — *Lyon Médical*, 1911.
- DÉSTOT. — *Lyon Médical*, 2 juillet 1911.
- DUFOURT (A.). — *Gazette des Hôpitaux*, 22 juillet 1919.
- FERNET (Ch.). — Combinaison spéciale de signes trouvés au début de la tuberculose. Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 1889, p. 732.
- GAUDUCHAU. — Thèse de Paris, 1911-1912, n^o 208.
- GERMAN (M^{lle} Th.). — Thèse de Paris, 1917-1918, n^o 30.
- GRANCHER. — Maladies de l'appareil respiratoire. Tuberculose et auscultation, 1890.
- GRENET. — *Presse Médicale*, 1917.
- HORAND. — Thèse de Lyon, 1909-1910, n^o 70.
- HUCHARD. — Maladies des appareils digestif et respiratoire.

- JACCOUD. — Traité de pathologie interne.
- JAUGEAS. — Précis de radiodiagnostic.
- KELSCH et BOISSON. — *Bulletin Acad. de Médecine*, 21 décembre 1897.
- KINDBERG et DELHERM. — *Presse Médicale*, 1917, p. 645.
- LESAGE (V.). — Thèse de Paris, 1917, n° 117.
- LETULLE. — La tuberculose pleuro-pulmonaire, 1916.
- LOUIS. — Thèse de Lyon, 1901-1902.
- MERKLEN. — *Presse Médicale*, 23 mai 1918.
- MILIAN. — *Presse Médicale*, 1897.
- MOURIQUAND. — *Presse Médicale*, 18 juin 1917.
- NICLOT. — *Médecine moderne*, 1902.
- PIÉRY. — La tuberculose pulmonaire. Bibl. de la tuberculose, 1910.
- *Presse Médicale*, 21 décembre 1916.
- *Presse Médicale*, 24 février 1919.
- RÉNON. — Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique, 1906.
- RIST. — *Presse Médicale*, 13 juillet 1916.
- *Presse Médicale*, 24 juillet 1916.
- ROUBIER (Ch.). — *Progrès Médical*, 14 juin 1919.
- SALLE. — Société médicale des Hôpitaux, 14 mars 1902.
- SERGEANT. — Etudes cliniques sur la tuberculose, 1908-1918.
- *Presse Médicale*, 24 août 1916.
- SANCHEZ TOLEDO y HERNANDEZ. — Thèse de Paris, 1886-1887, n° 257.
- SCHLENKER. — Über Tuberkulose als Ursache pleurit. Adhesionen (*Arch. für path. Anat.*, 1893, CXXXIV).
- TRAPIER (R.). — Etudes anatomo-cliniques.
- Anatomie pathologique.
- WILLIAMS. — Les rayons de Röntgen dans les maladies thoraciques (Congrès med. americ, 5 mai 1897, in *The American Journal of the Med. Sc.*, Philadelphie, déc, 1897).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	9
CHAPITRE I. — <i>Définition</i>	13
§ 1. Caractéristique anatomo-pathologique.	13
§ 2. Etiologie	13
§ 3. Pathogénie	15
CHAPITRE II. — <i>Etude de nos observations</i>	20
§ 1. Conditions d'observations et réserves à faire	20
§ 2. Observations	22
§ 3. Fréquence.	31
A. Fréquence des pleurites des bases (primitives + secondaires).	31
B. Fréquence de la pleurite primitive des bases	32
C. Fréquence comparée des pleurites primitives du sommet, des scissures et des bases.	33
§ 4. Pleurites des bases accompagnant une lésion non évolutive discrète du poumon	36
§ 5. Localisation, symptômes généraux et complications	40
§ 6. La pleurite tuberculeuse adhésive d'emblée.	43
§ 7. Tableau récapitulatif.	48
CHAPITRE III. — <i>Etude radioscopique</i>	49
Signes radioscopiques : 1. Le signe de Williams	52
— 2. Epaissement pleural.	54
— 3. Altérations du sinus costo-dia- phragmatique	55
— 4. Déformations du diaphragme	55
— 5. Les adénopathies hilaires , , :	55

CHAPITRE IV. — <i>Symptomatologie clinique</i>	57
1. Signes fonctionnels	57
2. Signes physiques	60
CHAPITRE V. — <i>Evolution et diagnostic</i>	63
CONCLUSIONS	65
BIBLIOGRAPHIE	67

